

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 26 Mai 1900, à 1 heure

PAR

M. PROVINS

Né à Seraucourt-le-Grand le 2 février 1874.

LE ZONA CHEZ L'ENFANT

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. GAUTIER, professeur.

ACHARD et ANDRÉ, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE ET BOYER

Imprimeurs de la Faculté de médecine
15, RUE RACINE, 15

1900

Faulté de Médecine de Paris

379

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 26 Mai 1900, à 1 heure

PAR

M. PROVINS

Né à Seraucourt-le-Grand le 2 février 1874.

LE ZONA CHEZ L'ENFANT

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. GAUTIER, professeur.

ACHARD et ANDRÉ, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUVE ET BOYER

Imprimeurs de la Faculté de médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS		MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	{	HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale	{	JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux ..	{	BERGER
		DUPLAY
		LEDENTU
		TILLAUX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..		GUYON
Clinique d'accouchement	{	BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques

M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma vive reconnaissance

AU DOCTEUR LÉON FROIDURE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON EXCELLENT MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR COMBY

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

Introduction

Cette thèse, que nous inspira M. le docteur Comby, notre excellent maître, ne devait être tout d'abord qu'une comparaison entre le zona de l'enfant et le zona de l'adulte.

Au cours de nos recherches, nous n'avons pu trouver une étude analytique et clinique du zona infantile.

Un seul travail d'ensemble a été fait dans le traité des maladies de l'enfance de MM. Grancher, Marfan et Comby.

Son développement devait être nécessairement restreint dans un traité élémentaire. L'auteur, dont le but était d'être complet, a surtout accumulé nombre de documents ; dans son article, il nous a montré tout ce que le zona pouvait être, sans nous montrer ce qu'il était généralement.

Il nous a donc paru utile de faire l'étude aussi complète que possible du zona infantile, sans toutefois oublier dans le cours de notre travail, le but que nous nous propositions tout d'abord : comparaison entre le zona de l'enfant et celui de l'adulte.

Avant d'aller plus loin, nous sommes heureux de pouvoir exprimer à M. le docteur Comby, médecin de

l'hôpital des Enfants-Malades, nos sentiments de vive gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours montrée et les conseils qu'il nous a prodigués.

M. le docteur Potherat a été, pendant notre première année d'externat, un chef plein de sollicitude à notre égard. Nous lui en témoignons notre vive reconnaissance.

Nous conserverons dans notre souvenir une des meilleures places à MM. les docteurs Barth, Huchard, Chevallier, Doléris, Bourcy, dont nous avons été l'élève dans les hôpitaux de Paris.

Que M. le professeur Debove, qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous permette de lui adresser nos sincères remerciements.



Historique

Le zona est une affection connue depuis très longtemps.

Pline le jeune déjà parle de cette éruption localisée au milieu du corps et qui « *enecat si cinxerit* ».

Sauvages, Cullen la considèrent : le premier, comme un érysipèle, le second comme une variété d'érysipèle.

Lorry remarque que douleur et éruption sont contemporaines.

Borsiéri fait de la douleur et de l'éruption les deux grands symptômes du zoster.

Villan et Batman font relever cette affection de l'herpès et la décrivent sous le nom d'herpès zoster.

En 1851, Romberg signale l'influence des lésions des nerfs sur les fonctions des tissus.

En 1856, Parrot donne une bonne description du zona et par ses travaux marque la transition entre les théories anciennes et les théories nerveuses.

Il compare la douleur du zona aux névralgies intercostales et pour lui le zona « pourrait bien n'être qu'une manifestation toujours secondaire, subordonnée à l'exis-

tence d'une névralgie de nature rhumatismale ou dyspeptique ».

Charcot, en 1859, montra l'influence du système nerveux sur certaines affections de la peau ; ce sont les premiers essais sur les trophonévroses.

En 1861, Bœrensprung fait sa fameuse autopsie où il trouve des lésions des nerfs intercostaux et des ganglions spinaux avec inflammation du tissu cellulaire qui les entoure.

Charcot et Cotard, en 1866, font une nouvelle autopsie qui fit l'objet d'un mémoire à la société de biologie.

Jusqu'alors le zona des enfants semble ne pas attirer l'attention, jusqu'à ce que Bierbaum lui consacre une étude du reste très succincte en 1860.

Lee en fait une monographie spéciale en 1868.

Bohn y consacre deux articles en 1868 et en 1869 ; il en fait une première description dans le manuel de Gerhardt en 1883.

Kaposi consacre quelques mots à son étiologie en 1889.

Taylor, en 1896, étudie l'herpès zoster chez les enfants.

En France, Fabre (de Commentry) nous fournit un certain nombre d'observations.

Notre maître M. le docteur Comby commence en 1885 la série de ses publications qui se poursuivent en 1889 et en 1891.

Grâce à ces travaux, auxquels nous faisons de larges emprunts, nous avons pu dégager une étude clinique complète du zona infantile.

Symptomatologie

Avant d'aborder l'étude du zona nous voulons, à l'exemple de M. le professeur Landouzy, séparer de la fièvre zoster, maladie aiguë, générale, presque cyclique, infectieuse, conférant l'immunité, les éruptions zostériformes, symptomatiques, qui sont au zoster ce que l'érythème scarlatiniforme est à la scarlatine.

Cette distinction étant faite, nous allons passer à l'étude du zona infantile.

Nous étudierons chez l'enfant deux types cliniques : le premier évoluant chez un enfant de un à dix ans ; le deuxième de cet âge à l'âge adulte. Ce dernier paraissant être un type de transition entre le zona du premier âge et celui de l'adulte.

Notre différenciation est basée sur les caractères de la douleur qui, absente dans notre premier type ou remplacée par des manifestations tout-à-fait frustes, apparaît insignifiante d'abord à partir de dix ans, augmente progressivement pour devenir assez vive chez l'adulte et excessive chez le vieillard.

PREMIER TYPE. — *Zona chez un enfant au-dessous de dix ans.* — Le zona présente toujours des phénomènes généraux. Ces phénomènes sont peu intenses en général.

Ce peut être, comme disait Trousseau, « un léger malaise avec mouvement fébrile qui s'apaise avec l'éruption. »

C'est le plus souvent, dit M. Comby, « un malaise, avec anorexie, embarras gastrique et état fébrile léger. »

Fièvre, phénomènes gastriques, voilà les signes que nous avons d'abord à étudier.

La fièvre est en général légère ; elle se traduit par une élévation thermométrique allant à peine à 38°5. Pour peu intense qu'elle soit, elle existe néanmoins et nous croyons que nombre d'auteurs ont eu tort de dire qu'il existait des cas où le zona n'était accusé par aucun mouvement fébrile prodromique.

Il est vrai que sa faible intensité peut la laisser inaperçue : de plus, la plupart des observations incriminées émanent de dispensaires où l'enfant n'est amené que pour son éruption, cette fièvre étant toujours en général tombée quand l'éruption bat son plein.

Ou bien encore il ne s'agissait que de ces éruptions zostériformes que nous avons éliminées du cadre du zona.

Chaque fois en effet qu'un cas de zona a été observé à l'hôpital où l'on a l'habitude de prendre matin et soir la température des malades, jamais nous n'avons vu la fièvre faire défaut.

Cette fièvre précède l'éruption de deux à trois jours au plus ; elle cesse ou s'atténue avec elle. Il existe quelques

rare cas où elle s'est montrée stationnaire tant que le zona dont la caractéristique est d'évoluer par poussées successives, n'eut pas achevé sa dernière poussée.

Nous avons pu aussi remarquer dans une observation un état fébrile intense accompagnant une éruption très confluente.

Nous avons recherché dans tous les cas cités dans les auteurs ou observés par nous, s'il existait une relation constante entre l'intensité de la fièvre et la grandeur et la confluence des placards éruptifs. Nombre de fois nous n'avons trouvé qu'une fièvre ordinaire avec une éruption intense. Ces cas qu'on peut opposer à celui de Fabre nous paraissent établir suffisamment qu'il n'y a aucune relation entre l'intensité des phénomènes fébriles et des phénomènes éruptifs.

Comme la fièvre, les phénomènes gastriques sont en général peu marqués. L'anorexie est constante, elle paraît débiter avec la fièvre et se terminer avec elle.

L'état sabural de la langue, sans être très intense, est toujours apparent. Il dure de cinq à sept jours.

Diarrhée et constipation font généralement défaut : les selles sont normales.

Au contraire de M. Millon, nous pourrions donc conclure, que le zona chez l'enfant présente toujours des phénomènes généraux, assez peu marqués pour pouvoir passer inaperçus et exigeant une recherche soigneuse et systématique.

Chez l'adulte nous trouvons ces signes plus nets, atti-

rant d'eux mêmes l'attention et paraissant l'indice d'une réaction plus vive.

C'est d'abord de la céphalalgie, de l'inappétence, de l'abattement, puis de la diarrhée, des vomissements, un état sabural très marqué ; tout cela pouvant se prolonger plusieurs jours après l'apparition de l'éruption, la fièvre qui atteint $38^{\circ}8$, 39° en général, peut aller jusqu'à $39^{\circ}5$, et même 40° , et persister pendant toute la durée de la maladie.

Je n'en veux pour témoin que la description donnée dans la thèse de Badin : « l'apparition du zona est souvent précédée pendant deux ou trois jours d'un état de malaise général, de douleurs dans les membres, de frissons, de céphalalgie, de nausées, de vomissements, de soif, de perte d'appétit. Le pouls s'accélère, la langue se couvre d'un enduit blanchâtre, etc... »

Donc, phénomènes généraux, et chez le très jeune enfant et chez l'adulte ; chez le premier, nous les voyons à peine ébauchés, tandis que chez le second, nous les trouvons bien dessinés et nous donnant l'impression d'un début de maladie générale.

Phénomènes locaux. — Nous arrivons maintenant aux phénomènes les plus importants du zona, c'est-à-dire : l'éruption et la douleur.

Eruption. — L'éruption, dans le type clinique que nous envisageons, n'est jamais précédée comme chez l'adulte, de douleurs ou même de picotements. Dès que la fièvre tombe ou s'atténue, on peut déjà remarquer sur les

parties où va se développer le zona, des plaques rouges érythémateuses, à peine surélevées, séparées par des intervalles de peau saine.

C'est sur ces plaques que vont se développer les petites vésicules d'herpès. Ces plaques, de forme ovale, dont le grand axe a un ou deux centimètres de long, se groupent en séries longitudinales parallèles au zona tout entier.

Sur ces plaques, se forment, comme nous l'avons dit, des petites vésicules nettes, fermes, brillantes, reposant sur une aréole rouge assez étendue pour représenter deux ou trois fois la base de la vésicule. Chaque placard semble former un petit bouquet dont les vésicules seraient les fleurs, toutes contemporaines, d'après Kaposi ; ce qui n'existerait pas pour chaque petit bouquet.

En effet, d'après le même auteur, un des caractères du zoster est de procéder par poussées successives : chaque élément présentant toujours les mêmes phases de développement quel que soit le moment de son apparition.

Aussi ne faut-il jamais croire trop tôt l'éruption terminée. Il existe en effet de nombreux exemples de nouvelles manifestations après des intervalles de cinq, six, huit jours entre l'apparition des éléments éruptifs.

L'éruption, disait-on autrefois, semble suivre le trajet du nerf périphérique ; elle peut envahir la place correspondant au trajet du nerf voisin, procédant toujours par petits groupes disséminés qui apparaissant sous forme de traînées donnent à cette éruption l'aspect général en bandes-lettes.

Il est rarement possible, surtout chez les enfants, d'établir la correspondance entre le trajet du nerf périphérique et celui de la lésion cutanée. C'est chez eux une lésion en coup de fouet, perpendiculaire à l'axe du corps et ne rappelant en rien la topographie nerveuse sous-jacente. Nous verrons plus loin quelle explication on en peut donner.

D'après M. Gaucher (de Lyon) les premiers groupes seraient ceux qui se montrent aux extrémités de la zone atteinte.

Les vésicules caractéristiques du zona peuvent, ou se conserver longtemps, ou se flétrir, se rider, se sécher sur place en laissant une croûte jaunâtre, ou bien encore le liquide qu'elles contiennent devient louche, trouble, purulent ; le vésicule se gonfle, augmente de volume, crève, laissant couler au dehors un liquide puriforme jaunâtre.

Quoiqu'en ait dit Kaposi il peut se faire, rarement toutefois, que des éléments nouveaux se forment à côté des anciens, se fusionnent avec les vésicules déjà formées.

L'on a alors des bulles de grande dimension pouvant revêtir l'aspect de l'herpès phlycténoïde. Berbez en a cité un cas où la vésicule avait quinze centimètres de long et siégeait sur le trajet du sciatique.

Ces vésicules se terminent le plus souvent par rupture et laissent une petite plaie suintante qui livrée à elle-même se recouvre d'une petite croûte ; lorsque cette croûte tombera, elle laissera apparaître une cicatrice blanchâtre ou pigmentée pouvant être indélébile.

Aussi lorsqu'on a affaire à un cas de zona, il faut tou-

jours prévenir la famille de la possibilité de ces traces cicatricielles persistantes qu'elle pourrait mettre sur le compte d'un traitement défectueux.

Topographie de l'éruption. — Jusqu'alors on admettait que les nerfs sous-jacents à l'éruption la commandaient, cette opinion est très discutable comme nous l'avons vu déjà et le verrons encore à l'étude de la pathogénie.

Néanmoins nous conserverons les mêmes dénominations en ce qui concerne les localisations de l'éruption; quitte à montrer plus loin ce qu'elles peuvent avoir d'inexact.

Au même titre que chez l'adulte, le zona intercostal est le plus fréquent. A lui seul, il réunit autant d'observations que tous les autres.

Chez l'enfant il est formé par une éruption qui va de la crête vertébrale au sternum, c'est une éruption en demi ceinture quelquefois prolongée de chaque côté de la ligne médiane et formant une bandelette perpendiculaire à l'axe du corps; elle ne suit donc pas le trajet des nerfs intercostaux.

M. Descroizilles a bien spécifié cette disposition dans son traité de pathologie infantile et nous aurons plus tard à la prendre en considération à propos de l'hypothèse de M. le professeur Brissaud.

Chez l'adulte cette variété de zona thoracique est souvent la plus douloureuse. C'est elle aussi qui a le plus de tendance à devenir hémorrhagique chez le vieillard.

Le zona lombo-abdominal suit immédiatement comme fréquence, chez l'enfant, le zona intercostal. Là encore sa direction est perpendiculaire à l'axe du corps, témoin

l'observation I ; cette observation a d'autant plus de valeur qu'au moment où nous l'avons prise nous n'avions pas encore lu les articles que M. Brissaud avait fait paraître en 1896 (*Bulletin Médical*, 8 et 26 janvier 1896).

Puis vient le zona cervico-brachial qui détermine des groupes de vésicules d'herpès sur le moignon de l'épaule, le dos, la région antérieure et postérieure du bras et de l'avant-bras.

Nous associons volontairement le zona cervical et le zona brachial ; rarement le premier se présente seul, on peut même dire qu'il est toujours accompagné du zona brachial, mais la réciproque n'est pas vraie : le second se rencontrant fréquemment seul.

Le zona des jambes participe le plus souvent d'une éruption ayant son point de départ aux lombes ou aux régions abdomino-génitales.

Le zona ophtalmique est très rare chez le jeune enfant aussi bien que chez l'adulte.

Sur 98 observations, Hybord trouve six enfants atteints de cette affection ; Millon trouve quatre enfants pour 66 adultes.

Ce zona se localise sur l'un des secteurs de la face sans jamais empiéter ni en avant, ni en arrière sur la ligne médiane.

Chez l'enfant comme chez l'adulte le zona ophtalmique a tendance à laisser le plus souvent des cicatrices indélébiles assez étendues.

Nous ne voulons pas finir le chapitre qui concerne

l'éruption sans parler d'une remarque que nous avons pu faire dans le cours de nos recherches.

C'est que le zona chez l'enfant ne forme pas toujours comme chez l'adulte une demieceinture bien nette, les deux extrémités antérieures et postérieures se terminant exactement au niveau de la ligne médiane.

Nous trouvons de nombreuses observations où le zona, sans ceinturer complètement, présente en avant et en arrière des placards qui empiètent largement du côté opposé à celui où il se développe. Il se forme deux groupes vésiculaires, l'un en avant, l'autre en arrière.

Nous appuyant sur les idées émises par M. Gaucher que l'éruption débute aux extrémités de la zone atteinte, il semblerait que nous avons alors affaire à un zona double dont l'un serait incomplet.

Ce zona qui peut être complet chez l'adulte ne l'est jamais chez l'enfant ; il reste toujours entre les éléments éruptifs antérieurs et postérieurs un intervalle de peau saine.

C'est avec intention que nous n'avons pas décrit de vésicules hémorragiques dans la description que nous avons faite précédemment.

Nous avons passé en revue toutes les observations se rapportant à notre cas type ; nous n'en avons pas trouvé une relatant un zona ayant présenté un caractère hémorragique.

Cette forme ne se rencontre en effet que chez les vieillards, quelquefois mais rarement, chez l'adulte.

Auprès de l'éruption il ne faut pas oublier de placer l'adénopathie des ganglions en rapport avec la partie atteinte.

Ces ganglions sont la plupart du temps augmentés de volume, gênants plus que douloureux. Ils suppurent rarement, et lorsque le fait se produit c'est à une infection secondaire que nous le devons plutôt qu'au zona lui-même.

Douleur. — Il nous reste maintenant à parler de la douleur.

La douleur est absolument nulle dans le zona chez l'enfant au-dessous de dix ans. MM. Hardy et Fabre avaient déjà fait ressortir cette indolence absolue. Quoique négatif ce signe mérite quelques développements.

Tout d'abord, pas d'endolorissement prémonitoire avant l'éruption, pas de sensation d'engourdissement, de douleur vague ou sourde qui, nous le savons, occupent chez l'adulte le terrain qui sera envahi consécutivement. Nous n'avons donc pas chez l'enfant de renseignements qui nous permettront de déterminer, avant leur apparition, le siège des placards éruptifs.

Les plaques peuvent être quelquefois le siège de légères démangeaisons ; la pression exercée sur elles peut montrer aussi une légère hypéresthésie mais jamais de douleur réelle.

Il y a de plus, comme nous l'avons dit plus haut, absence de douleur spontanée. Dans les intervalles de peau saine aussi bien que sur le trajet des nerfs en rapport avec l'éruption, l'exploration, donne un résultat négatif.

Il ne faudrait pas prendre pour une douleur se rapportant au zona cette gêne ou même cette douleur qui appartient aux ganglions tuméfiés correspondant à la lésion cutanée.

On a pu voir en effet cette douleur de l'adénite secondaire devenir quelquefois assez intense pour provoquer une claudication qui dans le cas de M. Descroizilles fit penser à une coxalgie.

Nous allons maintenant mettre en regard de ce tableau négatif le tableau détaillé de la douleur chez l'adulte.

Dès le début de son zona, dès l'apparition des phénomènes fébriles, celui-ci accuse un fourmillement, de l'endolorissement et de l'hypéresthésie à la pression, dans le territoire qui va être envahi. Le plus léger frottement est désagréablement perçu par le malade, quelquefois même apparaissent de véritables névralgies précédant toute autre manifestation et cela de plusieurs jours, même de plusieurs semaines (quinze cas de l'arbre de Commentry).

Dès qu'elle est apparue, la douleur modifie ses caractères : d'abord des élancements pouvant rappeler par exemple dans le zona thoracique la douleur d'un point de côté, ou dans d'autres cas une sensation comparée à celle d'une meurtrissure ou d'une piqûre.

Dès l'apparition des premières taches, la douleur, dans la majorité des cas, est une cuisson continue et intense avec exacerbations. A la fin de l'éruption ce sont des démangeaisons terribles compliquées quelquefois de névralgies qui peuvent se continuer pendant quinze jours, trois se-

maines et plus, après disparition complète de toute lésion cutanée. Ces douleurs résistent toujours à toutes les préparations analgésiques et narcotiques. Chez le vieillard elles arrivent à une telle intensité qu'elles ont pu faire naître des idées de suicide comme le relatent plusieurs observations. C'est alors une douleur exquise, quelquefois permanente, mais le plus souvent procédant par accès à intervalles rapprochés. La différence est grande, on le voit, de ce tableau à celui de notre premier type.

DEUXIÈME TYPE. — *Zona chez un enfant au-dessus de dix ans.* — Après avoir décrit ces deux tableaux extrêmes nous allons étudier un second tableau sorte d'intermédiaire entre les deux premiers.

Il se rapporte à notre deuxième type, enfant au-dessus de 10 ans.

Avant l'apparition des vésicules on ne trouve jamais de phénomènes douloureux. Ceux-ci n'apparaissent qu'avec l'éruption. On trouve quelquefois des élancements rares, sans caractères bien définis comme chez l'adulte, quelquefois aussi on trouve une sensation de cuisson, mais incomparablement plus faible qu'à un âge plus avancé. Les malades la comparent à celle qu'ils éprouvent après une légère application de teinture d'iode. Plus on se rapproche de l'âge adulte, plus les caractères de la douleur se dessinent, plus l'intensité augmente pour arriver à présenter l'acuité décrite plus haut.

En résumé, cette affection se présente avec des carac-

tères de plus en plus douloureux, suivant une gamme ascendante, à mesure qu'on considère un sujet plus âgé.

M. le Docteur Comby, dans son mémoire à la Société médicale des Hôpitaux de Paris (séance du 20 novembre 1891), donnait cette explication à l'indolence absolue du zona du jeune âge : « chez les enfants, les nerfs sont tout
« neufs, ils évoluent, ils ne présentent aucune lésion, ils
« seraient moins vulnérables et présenteraient une ten-
« dance moins accusée au processus inflammatoire ».

D'après les caractères des phénomènes généraux et de l'éruption, le processus inflammatoire paraît être exactement le même chez l'enfant que chez l'adulte. Il y a des lésions nerveuses chez le premier comme chez le second. Aussi nous ne conserverons que la première partie de l'explication citée plus haut. A savoir que les nerfs sont tout neufs et qu'ils évoluent.

En effet, dans notre comparaison avec l'adulte, toute la différence réside dans l'absence complète de douleur chez les enfants. Mais cette réaction apparaît à un certain âge et va se modifiant, toujours dans le même sens, avec lui.

Nous savons en outre, maintenant, que les nerfs trophiques n'ont pas d'existence propre et que c'est aux lésions des nerfs sensibles qu'il faut rapporter les troubles trophiques.

De tout cela il ressortirait qu'à ces nerfs sensibles, ou il manque des éléments, ou, si ces éléments existent, il leur faut une éducation pour atteindre leur perfection.

Le système nerveux, surtout sensitif, est susceptible de perfection au plus haut point. Pourquoi alors ne pas admettre que de 1 à 10 ans l'enfant commence l'éducation de son système sensitif, la complète de 10 ans à l'âge adulte, moment où il atteint sa perfection.

Cette explication a, nous le croyons, son importance et semblerait très appuyée par un autre argument : c'est que les névralgies n'existent pas dans le premier âge. Elles apparaissent vers 10 ou 12 ans pour augmenter d'intensité progressivement avec l'âge et finir par revêtir les caractères qu'elle présentent chez l'adulte.

Phénomènes généraux. Eruption. — Nous n'avons rien à ajouter de plus au tableau de notre 1^{er} type pour ce qui concerne les phénomènes généraux et l'éruption.

Peut-être pour les premiers un état fébrile un peu plus intense.

Quant à l'éruption elle est assez souvent modifiée chez ces grands enfants par des lésions de grattage. Les démangeaisons commencent à être assez fortes et il est très difficile d'empêcher ces enfants de se gratter.



Etiologie

Le zona de l'enfant a ce point de commun avec l'adulte qu'il est comme lui une affection rare.

Parrot, Caillaut, Horand croyaient le zona plus rare dans le jeune âge que dans l'âge moyen.

Bœrensprung, Bohn, Fabre émettent l'opinion contraire.

D'après les statistiques actuelles, la proportion est la même de part et d'autre,

Billard, dans son *Traité des Maladies des nouveaux-nés* (Paris 1828, page 131), dit n'avoir pas vu une seule fois le zona sur huit cents enfants entrés dans le service de son maître Baron. A Prague, Steiner donne la proportion assez élevée de un zona sur deux cent treize enfants hospitalisés.

Fabre de Commentry, en 1882, donne sept cas sur un total de quarante et une observations personnelles.

M. le docteur Comby, d'après ses calculs, trouve un cas de zona sur mille enfants admis à la consultation.

M. Millon, dans son dispensaire, trouve un zona pour six cents enfants.

De cet exposé il est facile de conclure à la rareté de l'affection comme nous le disions plus haut.

L'âge ne paraît pas avoir d'influence sur la fréquence du zona.

Si nous prenons la statistique de notre maître M. Comby :

Enfants âgés de	8 mois.....	1 cas
—	16 —	1 —
—	21 —	2 —
—	3 ans	1 —
—	4 —	3 —
—	5 —	2 —
—	6 —	3 —
—	7 —	3 —
—	8 —	3 —
—	9 —	1 —
—	10 —	7 —
—	11 —	3 —
—	12 —	2 —
—	15 —	1 —

Nous voyons que le zona est apparu à tous les âges intermédiaires entre huit mois et quinze ans.

En comparant avec celle de Fabre de Commentry nous pouvons voir qu'il en est de même chez l'adulte.

7 cas sur des sujets de 10 ans à 21 ans

7	—	—	21	—	31	—
4	—	—	31	—	41	—
6	—	—	41	—	51	—
6	—	—	51	—	61	—
3	—	—	61	—	71	—
1	—	—	»	—	76	—

Une remarque à faire est cependant la fréquence du zona chez l'enfant à l'âge de dix ans : 7 cas sur 33.

Pour ce qui est de l'influence du sexe, il semblerait que les filles et les femmes sont plus susceptibles de contracter cette affection que les individus du sexe masculin. La statistique de M. Comby serait assez probante à cet égard.

Sur 33 cas il trouvé :

Garçons	12
Filles,	21

L'influence des saisons paraît peu importante ; néanmoins le printemps et l'été donnent en général une proportion beaucoup plus grande.

Nous allons maintenant passer à l'étude du terrain et voir particulièrement si nous trouvons chez les enfants ce terrain neuro-arthritique qui, pour M. Dreyfous et M. Letulle semble jouer un si grand rôle dans l'étiologie du zona de l'adulte.

Reprenant toujours nos différentes statistiques, nous ne trouvons dans les 33 observations de M. Comby qu'un seul cas de nervosisme accusé sans grosse tare originelle.

Dans la statistique de Fabre nous n'en trouvons pas. Millon dit l'avoir trouvé surtout chez les filles.

Nous-même avons pu contrôler le fait dans le cas qui fait l'objet de notre observation. I. Là en effet nous avons

trouvé ce nervosisme très accentué chez la mère de notre sujet, chez le sujet lui-même et chez ses cinq sœurs.

Notre observation V montre du nervosisme accusé chez un garçon.

Il nous faut attendre d'autres observations pour affirmer chez l'enfant l'influence du terrain neuro-arthritique.

Une cause prédisposante qui paraît digne d'être prise en considération vu le nombre de cas rencontrés, est la dyspepsie chronique.

Parrot lui-même l'avait déjà incriminée; Fabre de Commentry se dit entraîné à lui accorder une certaine influence.

M. Comby trouve une proportion de neuf dyspeptiques sur trente-trois malades.

M. Descroizilles donnait la dyspepsie comme l'unique cause du zona.

La dyspepsie n'a peut-être pas l'importance que l'on veut bien lui attribuer, elle n'est peut être elle-même qu'une affection dépendant des différents processus que nous allons étudier, nous voulons parler des intoxications, des infections aiguës et des infections chroniques qui semblent avoir un rôle plus direct et plus vrai dans la préparation du terrain sur lequel évoluera le zona.

Intoxications. — Nous trouvons peu d'exemples de faits de ce genre mais un surtout, bien caractéristique, tiré de la thèse de Lomier 1879, et que nous reproduisons en entier.

OBSERVATION PERSONNELLE

« J'ai eu l'occasion de rencontrer il y a quelque temps dans une petite ville des bains de mer, un jeune anglais âgé de 3 ans 1/2 qui à la suite d'ingestion de moules et de merlans fut pris de douleurs vagues au niveau de la région épigastrique avec nausées et vomissements. Le lendemain apparut un zona très étendu occupant la base du thorax, du côté gauche et s'étendant de la colonne vertébrale à l'appendice xiphoïde. Quelques vésicules apparurent sur la face antérieure de la cuisse gauche où elles étaient disposées longitudinalement.

« Le frère du malade, âgé de douze ans, qui avait mangé des mêmes moules et du même poisson eut un urticaire généralisé ! »

Remarquons en passant que les deux frères ayant subi la même intoxication, dans le même milieu, dans les mêmes circonstances, nous font l'un un zona, l'autre un urticaire. Il a donc manqué à l'un d'eux un élément dont nous chercherons plus loin à déterminer la nature.

Infections aiguës. — M. Comby a relaté une observation d'un enfant rachitique ayant eu la coqueluche et la rougeole au cours desquelles il fit un zona abdomino-génital gauche (5 décembre 1884).

M. Letulle en avait trouvé plusieurs cas chez l'adulte.

M. Liégeois, en 1871, cite un autre cas de zona de l'en-

fant survenant au milieu d'une affection aiguë et l'arrêtant au cours de son évolution.

Infections chroniques. — De toutes les infections chroniques, la tuberculose paraît avoir une assez grande influence dans l'étiologie du zona.

Déjà Leudet pour l'adulte, avait fait ressortir ce point dans sa communication à l'association des sciences et l'avait consigné dans la Gazette hebdomadaire (1878, page 617).

Il y montre que, si tous les tuberculeux n'ont pas de zona, beaucoup de gens atteints de zona sont, ou tuberculeux, ou hérédo-tuberculeux, ou prédisposés tuberculeux.

En examinant les observations de M. Comby nous trouvons plusieurs cas de tuberculose paternelle ou maternelle et là où les antécédents héréditaires manquent, nous voyons des signes de scrofule ; et scrofule et tuberculose sont maintenant confondues.

Des cinq observations que nous apportons au contingent du zona infantile, nous trouvons trois fois l'hérédité tuberculeuse et des signes manifestes de tuberculose existante.

Nous sommes donc amenés à conclure que la tuberculose prépare le terrain susceptible de nous donner un zona si l'élément infectieux spécifique intervient pour produire l'affection.

Le froid paraît être une cause prédisposante et fréquente du zona. Rien d'étonnant, étant données les relations du zona avec le système nerveux. Nous savons en

effet que le froid paraît avoir une action assez vive sur les éléments nerveux. Il a pu à lui seul produire des paralysies. Le traumatisme aussi a son influence et il est probable que froid et traumatisme déterminent un « *locus minoris resistentiæ* » sur lequel aura prise l'agent provocateur du zona.

Quant à cet élément nous l'étudierons avec la théorie infectieuse de M. le professeur Landouzy. Avec cette théorie que nous adoptons entièrement nous compléterons l'étiologie du zona par l'étude des caractères épidémiques, contagieux, immunisant de cette affection



Marche, Durée, Terminaison et Pronostic

Le zona de l'enfant, au même titre que celui de l'adulte met de douze à quinze jours pour achever son évolution.

Une fois l'éruption parue, la maladie semble terminée, les croûtes se forment, se séchent, disparaissent laissant comme traces, nous l'avons vu, des cicatrices blanchâtres, indélébiles que des lésions de grattage rendent quelquefois plus apparentes.

Il n'y a pas plus d'anesthésie que d'hypéresthésie cutanée consécutives à l'éruption (Comby) ; il n'en est pas de même chez l'adulte qui, non-seulement présente ces caractères mais les montre modifiés dans le sens de névralgies persistant plus ou moins longtemps.

M. Descroizilles a cru observer chez plusieurs enfants un amaigrissement et une anémie durable qui le portent à assombrir le pronostic du zona. Nous croyons que cet état d'anémie ou d'amaigrissement tient plus à la cause qui a préparé le « *locus minoris resistentiæ* » qu'au zona lui-même. Et comme une grande part doit être accordée à la tuberculose dans l'étiologie de cette affection, nous ne serons

pas étonnés de voir des enfants en imminence de tuberculose contractant un zona, guérir de cette maladie en présentant tous les signes sur lesquels M. Descroizilles a appelé l'attention.

En pareil cas le zona a pu aider à précipiter la déchéance organique, à lui seul il n'a pu certainement la produire.



Diagnostic

Le diagnostic du zona chez l'enfant se fait, dit M. Comby d'après le siège du mal, sa topographie, l'absence ou la présence d'état fébrile, l'absence de douleurs.

La confusion peut être possible avec un érysipèle; par exemple dans le cas d'un zona localisé autour des yeux. L'apparition des vésicules est insuffisante pour porter un diagnostic, car on a vu des érysipèles vésiculeux.

On ne pourra le faire qu'en se basant sur l'absence de plaque d'induration, de bourrelet périphérique, de tension et d'œdème.

L'herpès pourrait encore en imposer pour un zona : généralement la fièvre est plus intense, l'éruption est le plus souvent faciale, bilatérale, disséminée; le groupement des vésicules est sans ordre et n'éveille pas, comme le zona, une idée de rapprochement avec la topographie nerveuse.



Traitement

Le traitement du zona chez l'enfant devient beaucoup plus simple que le traitement du zona chez l'adulte.

L'élément douleur qui chez ce dernier attire toute l'attention et épuise toute la série des analgésiques et narcotiques sans résultat, n'exige chez l'enfant aucune thérapeutique spéciale. Les lésions cutanées seules attirent l'attention. On peut dès les premiers jours enduire les vésicules de collodion qui, en exerçant le rôle de pansement occlusif les empêcherait de s'ulcérer et d'être le siège d'infections secondaires. Il aurait, paraît-il, aussi, l'avantage de les faire flétrir plus vite.

Pour Bohn le traitement le plus indifférent serait le meilleur et l'on revient alors à celui préconisé par Hardy et qui consiste en l'application d'une poudre où l'oxyde de zinc entre en assez grande proportion.

M. Comby fait saupoudrer les plaques zoniformes avec de l'amidon, du lycopode ou du talc. On garnit d'une bonne couche d'ouate hydrophile et on attend la dessiccation. A ce moment seul on peut graisser les parties avec

une pommade, vaseline boriquée ou salolée, ou la vaseline à l'oxyde de zinc et au sous gallate de bismuth (dermatol) dont M. Millon dit s'être bien trouvé. Au début du zona, s'il y a de l'embarras gastrique un peu accentué et de la fièvre, on pourra donner un purgatif.



Anatomie pathologique et Pathogénie

A l'exemple de Debray (thèse de Paris, 1894), nous diviserons le chapitre d'anatomie pathologique en deux parties : dans l'une nous décrirons les manifestations cutanées, dans l'autre les manifestations profondes du zona.

Manifestations cutanées. — Nous passerons rapidement sur ces lésions qui sont les mêmes chez l'enfant et chez l'adulte et nous nous contenterons de reproduire la description qu'en fait Debray d'après les travaux de Renaud et de Leloir : « dans le zona tout au début avant l'apparition des vésicules, la peau est congestionnée, les vaisseaux papillaires sont hyperhémisés et les papilles tuméfiées ; bientôt apparaissent des papules qui se transforment en vésicules. Le derme se congestionne et devient oedémateux, la zone hyaline périnucléaire qui existe dans les cellules de Malpighi entre le protoplasma et le noyau disparaît. Il se forme ainsi dans le corps muqueux des cavités qui limitent des travées formées par des cellules épithéliales restées adhérentes ; le liquide arrivant dans ces cavités détruit ou rompt leurs cloisons et la vésicule est constituée. Arrivée à maturité,

elle se rompt, se flétrit et une croûte jaunâtre se forme pour laisser à nu à sa chute une ulcération plus ou moins profonde. »

Manifestations profondes. — La première autopsie de zona a été faite par Recklinghausen et consignée dans les Annales de la Charité de Berlin par Børensprung. Il s'agissait d'un enfant d'un an atteint de tuberculose pulmonaire qui eut sans cause connue, 40 jours avant sa mort, un zona des 6°, 7°, 8° espaces intercostaux gauches.

A l'autopsie on trouva : Une moëlle spinale normale, les nerfs intercostaux sains jusqu'aux trous de conjugaison, mais à ce niveau les 6°, 8° et surtout le 7° nerfs étaient épaissis, injectés ; les ganglions spinaux correspondant à ces trois nerfs sont augmentés de volume, le tissu cellulaire qui les entoure présente la même rougeur inflammatoire. Le microscope démontra dans le névrilemme des traces non douteuses de l'inflammation dont il avait été atteint, dans l'enveloppe immédiate des ganglions, entre les lobules des cellules unipolaires qui le composent, une multiplication de noyaux embryoplastiques et une infiltration de granulations pigmentaires. Les altérations s'étendaient au-delà du ganglion jusqu'à la réunion des deux racines et aux deux branches des nerfs dorsaux. Dans quelques points où la prolifération conjonctive avait été plus abondante, les tubes nerveux étaient un peu modifiés dans leur formes, un peu granuleux, variqueux et même interrompus dans leur continuité.

Comme chez l'enfant nous trouvons les mêmes lésions

chez l'adulte, nous n'en voulons pour preuves que cette autopsie de Pitres et Vaillard. Il s'agissait d'une femme de trente ans morte le quinze juin 1882 d'une pleuro-pneumonie droite et présentant deux éruptions de zona, de sièges et d'âges différents et sur l'observation desquels les auteurs ne possédaient aucun renseignement. L'une de ces éruptions occupait le 6^e espace intercostal droit ; elle était représentée par deux plaques cicatricielles blanches légèrement déprimées à leur centre. La seconde éruption siégeait dans le 11^e espace intercostal et était représentée par trois plaques éruptives en voie d'évolution. A l'autopsie on prend les nerfs intercostaux, du côté droit avec les ganglions et les racines rachidiennes correspondantes et la moëlle. L'examen des nerfs montre qu'à l'œil nu il n'existe pas de différences entre eux. Au microscope, ils paraissent sains, sauf les 6^e et 11^e du côté droit.

Le 6^e nerf, présente des altérations dégénératives profondes ; dans toute son étendue une sclérose diffuse ; de la gaine lamelleuse se détachent des travées conjonctives épaisses qui traversent les nerfs en tous sens et circonscrivent des faisceaux altérés. De ces travées partent des cloisons secondaires infiltrées de petits noyaux et entourant les débris des tubes nerveux. Ces derniers ne possèdent plus de cylindraxe. Les uns sont réduits à la gaine de Schwann dont la cavité paraît vide, les autres parfois très dilatés renferment un petit amas de myéline jaunâtre et amorphe ; le 6^e ganglion spinal est également altéré. Il y a une dimi-

nution très évidente des tubes nerveux ; presque toutes les fibres sont altérées. Leur myéline au lieu d'être homogène est fragmentée, en gouttelettes et ne granulations, les racines correspondant au 6^e nerf, sont saines, le 11^e nerf intercostal présente des altérations identiques à celles du précédent. Quant à la moelle durcie, examinée à différentes hauteurs, particulièrement aux points correspondants aux 6^e et 11^e nerfs intercostaux, elle n'a présenté aucune altération appréciable.

Dans l'une et l'autre autopsies les lésions décrites ont exactement le même siège, l'évolution était beaucoup plus avancée dans le second cas que dans le premier, d'où certaines différences qui n'empêchent pas le rapprochement. On peut en effet supposer que si dans le premier cas, les lésions avaient pu évoluer, au bout d'un certain temps, elles se seraient identifiées à celles du second cas.

Le malade qui fait l'objet de notre observation II, étant mort dans le service nous espérions confier à quelqu'un de compétent l'examen de la moëlle, mais les rigueurs du nouveau règlement ne nous ont pas permis de le faire, malgré toutes nos démarches.

THÉORIE INFECTIEUSE DU ZONA. — Pour l'enfant comme pour l'adulte, nous adoptons la théorie infectieuse du zona, dont tout l'honneur revient à M. le professeur Landouzy. Elle a été pour la première fois nettement formulée par lui en 1883 dans une leçon intitulée « fièvre zoster et exanthèmes zostériformes. »

Quelques auteurs avaient déjà émis l'hypothèse que

le zona pouvait être contagieux ; c'était l'opinion de Lorry et Hoffmam au XVIII^e siècle lorsqu'ils le comparaient à un érysipèle chronique. Borsieri un peu plus tard en fait une fièvre éruptive ; Trousseau observe un cas de contagion en 1862 ; une mère atteinte d'un zona douloureux était soignée par son fils qui contracta un zona au moment où sa mère entraînait en convalescence.

Fischer (de Root) communique le 25 décembre 1853, à la Société médicale de la Suisse centrale, l'histoire d'une petite épidémie de zona ayant atteint six personnes en 50 jours. Le docteur Douaud (de Bordeaux) entrevoit la possibilité de l'inoculation et entreprend sur lui-même une série d'expériences. Deux fois sur trois il réussit à produire sur son avant bras des vésicules d'herpès avec aréole inflammatoire. Fabre de Commeny essaye d'inoculer le zona au chien, il échoue complètement.

Comme nous le voyons, nombreuses tentatives isolées mais rien de précis avant que M. Landouzy n'apporte à l'appui de sa théorie ses arguments inébranlables. — Il arrive dans sa leçon aux conclusions suivantes :

1^o Il faut distinguer la fièvre zoster des éruptions zostériques ; il y a entre ces deux affections toute la différence qui distingue une maladie d'un symptôme.

2^o Le zoster, maladie aiguë, presque cyclique infectieuse, conférant l'immunité, est une maladie générale à détermination circonscrite sur le système nerveux (névropathie infectieuse) et à expression cutanée dystrophique secondaire.

3° Il y a le zoster, maladie générale, comme il y a la scarlatine. Il y a une fièvre zoster comme il y a une fièvre scarlatine et des éruptions zostériformes, comme il y a des exanthèmes scarlatiniformes, comme il y a une fièvre parotidienne et des parotidites. Trois faits indiscutables servent d'appui à cette théorie. C'est d'abord l'immunité que confère une première atteinte de zona, en second lieu, la fièvre qui accompagne cette affection, et enfin le caractère épidémique du zoster. Ces faits sont bien établis chez l'adulte, voyons si chez l'enfant, on peut arriver aux mêmes conclusions. Nous croyons pouvoir affirmer que le zona confère en général l'immunité. On ne trouve en effet dans toute la littérature médicale, que deux cas de zona récidivant à cet âge, l'un de Fabre, l'autre de Behrend. Il se peut très bien que dans ces deux cas, l'on n'ait eu affaire qu'à une éruption zostériforme, et quand même il s'agirait de zona, nous ne pourrions opposer ces deux cas, au nombre des observations où l'on n'a jamais constaté cette récurrence ; la rougeole, qui confère l'immunité, récidive aussi dans quelques cas très rares.

La fièvre, comme nous l'avons vu plus haut, existe aussi chez l'enfant, elle est bien peu de chose et sans conséquences pratiques ; elle n'est pas sans portée doctrinale, dirait M. Landouzy. Il faut donc s'astreindre chaque fois à la déceler, et toujours suivant nos conclusions, lorsqu'il s'agira de zona, on la trouvera accompagnée de phénomènes généraux.

Le troisième caractère : l'épidémicité est aussi démon-

trable chez les enfants que chez les adultes. Aux « Enfants Malades » comme à « Trousseau » comme aux « Enfants-Assistés », on voit rarement un cas de zona isolé ; on peut nardiment appliquer aux enfants la formule souvent répétée du Professeur Hardy qu'un cas de zona n'existe jamais seul dans un hôpital. Cette infection survient en général par séries et à des mois déterminés, paraissant en cela subir une influence saisonnière, témoin les observations X, I, II, IX, du mémoire de M. Comby à la Société médicale des hôpitaux.

Dans la première le zona survient le 5 octobre, le 14 dans la deuxième, le 16 dans la troisième et vers le milieu de novembre, dans la quatrième.

Au point de vue de la contagiosité nous n'avons trouvé aucun document.

Les recherches bactériologique faites pour trouver le microbe pathogène de cette maladie générale n'ont donné aucun résultat probant. Pfeiffer avait découvert un protozoaire que Vasiliewski a retrouvé dans les parties de la peau infectée. D'autres auteurs procédant dans les mêmes conditions n'ont trouvé aucun microbe.

Nous croyons pouvoir ajouter un argument à la spécificité du zona, c'est que le zona à travers les âges est toujours semblable à lui-même : ce sont les mêmes phénomènes généraux, la même éruption, la même évolution, la douleur seule diffère ; et dans sa gamme ascendante elle nous paraît être encore un argument en faveur de l'unicité

de la cause en tirant ses caractères différentiels de l'évolution vers la perfection du système nerveux sensitif.

Nous ne voulons pas terminer ce travail sans citer l'hypothèse de M. Brissaud sur la métamérie du zona. D'après lui toute partie de la périphérie du corps reste sous la dépendance, au point de vue de l'action trophique avec le centre qui fait partie du même métamère : Un métamère représentant dans l'ontogénie « toute portion de l'être encore fragmentaire, possédant en soi l'ensemble des propriétés et attributions de l'être définitivement achevé. C'est un de ces bourgeons primitifs empilés les uns au-dessus des autres en séries linéaires dont toutes les parties constituantes sont semblables et qui, envisagés, chacun isolément résument les caractères morphologiques et physiologiques du tout ». Dès 1827, Mouquin-Tandon appelait ces bourgeons *zoonites* ; il avait démontré qu'un animal tel que la sangsue est un groupement sérié de parties équivalentes ou comme on dit aujourd'hui *homodynames* ; tandis que cette conception ne semblait d'abord devoir trouver son emploi que dans un nombre restreint de cas particuliers, Dugès l'étendait à tous les embranchements, ordres et familles, genres et espèces du règne animal.

Aussi, dit M. Brissaud, la loi de la répétition des parties pourrait aussi bien s'appliquer à l'homme qu'à la sangsue ou aux polypes du corail, quelles que soient les variations ultérieures de nos organes, chacun des segments primitifs dont nous avons été formés aux premières heures de la vie embryonnaire conservant indéfiniment le souvenir de la

fragmentation initiale. Les zoonites de Mouquin-Tandon ne sont donc autre chose que les métamères de Heckel.

Chez l'homme la longueur de la moëlle ne reste pas toujours égale à celle de l'individu. Tant que la concordance entre les deux longueurs existe, il y a aussi concordance du niveau entre les centres spinaux superposés et les différentes parties également superposées que ces centres innervent. en d'autres termes, il y a concordance de niveau entre chaque étage de la surface ectodermique sensible et chaque étage du névraxe où aboutissent les racines sensitives de la périphérie. A partir du 3^e mois de la vie fœtale, la moëlle s'accroît bien moins vite que tout le reste de l'individu. A la naissance elle ne représente que 30 0/0 et à la fin de la croissance, vers la 20^e année que 26 0/0 de la longueur totale. C'est ce qu'on appelle l'ascension relative de la moëlle.

A mesure que notre sujet va vieillir, cette concordance notée plus haut va donc disparaître et bien souvent, les lésions d'un point de la périphérie seront en rapport avec celles d'un centre immédiatement au-dessus de celui auquel le point de la périphérie semble correspondre. »

Chez l'enfant, plus que partout ailleurs le zona paraît n'avoir aucun rapport avec la distribution des nerfs sous-jacents. Pour le zona intercostal par exemple l'éruption coupe le thorax à la façon d'une tranche perpendiculaire à l'axe du corps, tranche qui empiète généralement sur plusieurs espaces intercostaux à la fois, l'obliquité de ces derniers étant assez marquée chez les sujets du jeune âge.

Si nous superposions tous les cas de zona intercostal trouvés à différentes hauteurs sur la cage thoracique nous verrions une succession de tranches qui semblent rappeler les différents métamères qui forment le thorax.

Il en serait de même pour le zona lombo abdominal.

Plus un sujet est jeune plus il conserve le souvenir de la métamérie.

L'hypothèse de M. Brissaud, ne peut infirmer en rien la théorie de M. Landouzy.

Dans le zona nous voyons la lésion siéger sur un centre à réaction toujours identique à elle-même quel que soit l'agent provocateur. Mais ce qui est certain maintenant, c'est qu'un agent encore inconnu, mais dont l'existence est démontrée semble avoir adopté ce centre comme siège de prédilection au même titre que l'agent de la méningite cérébro spinale épidémique localise ses effets sur les méninges de l'axe cérébro spinal et particulièrement la pie-mère.

Cet agent a une individualité propre, il a toujours la même localisation, il détermine dans l'organisme des phénomènes généraux qui sont toujours les mêmes.

L'éruption seule ne peut lui être attribuée car elle est la réaction unique du centre lésé.



Observations

OBSERVATION I. (Personnelle)

La nommée D... Louise, âgée de 10 ans, vient le 12 décembre 1899 à la consultation des Enfants-Malades pour une éruption localisée à la région lombo-abdominale droite. On porte le diagnostic de zona et nous procédons à l'examen méthodique de la malade.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 39 ans, bien portant. Pas d'alcoolisme.

Mère, 32 ans, bien portante. Très nerveuse. Pas de crises néanmoins.

La malade a cinq sœurs, toutes excessivement nerveuses, dont l'une, âgée de 9 ans, vient d'être traitée à l'hôpital pour chorée grave.

Antécédents personnels. — Accouchement normal et à terme. 1^{re} dent à 3 mois.

A marché à 2 ans. Rachitisme. A eu la rougeole et la coqueluche. Début de la maladie : Samedi 2 décembre 1899. Etat fébrile peu intense, perte d'appétit.

Le dimanche 3 décembre, la malade se plaint de douleurs à la région lombo-abdominale droite, ce sont des picotements, quelques petits élancements.

Le 4 décembre, apparition de plaques rouges sur lesquelles se sont formées de petites vésicules d'herpès.

Au moment où nous examinons ces plaques, elle sont en voie de cicatrisation.

Inspection. — Trois plaques localisées à la région lombodominale droite étendues perpendiculairement à l'axe du corps et passant au milieu d'une ligne allant de la crête iliaque au rebord des fosses-côtes.

Une plaque interne à fond rouge-brunâtre, composée d'un groupe d'une vingtaine de vésicules grosses comme une tête d'épingle ; ce groupe est entouré d'une zone d'un rouge plus vif le débordant d'environ 2 millim.

En dehors, de nouvelles éruptions composées d'une trentaine de vésicules très petites, rougeâtres, sans aréole inflammatoire pour les circonscrire.

En avant et pour terminer la demi-ceinture de nouveaux éléments toujours placés sur une même ligne et en voie de cicatrisation parfaite.

A mi-chemin, entre les deux premiers groupes et sur une ligne parallèle à celle déterminée précédemment, quatre petits éléments de zona.

Enfin, disséminés sur des lignes plus basses et sans systématisation, des points isolés, douloureux à la pression, présentant tous les caractères de l'éruption du début.

Nous avons prescrit de saupoudrer toutes ces parties de poudre d'amidon et de recouvrir ensuite de coton hydrophile.

Là s'arrête notre observation, la malade n'étant pas revenue nous voir comme nous l'en avions priée.

OBSERVATION II (Personnelle)

Le nommé P... Albert, âgé de 1 an 1/2, entre le 5 septembre 1899, salle de Chaumont, au lit n° 15.

La mère est tuberculeuse au troisième degré.

Son père est un tousseur.

Il a un frère mort de tuberculose et quatre autres de constitution faible, mais se portant bien.

Il est entré pour gastro-entérite et anémie.

Le 23 octobre, alors que les phénomènes de gastro-entérite étaient terminées depuis longtemps, on constate une légère élévation de température (37°8). Cet état fébrile se maintient jusqu'au 25 octobre au matin. L'enfant refuse son lait.

Le 25, au soir, la fièvre a disparu mais on voit apparaître à la partie postérieure droite au niveau des 6, 7 et 8^e espace intercostaux, à quelques centimètres de la ligne médiane des petites plaques rouges sur lesquelles on constate, le lendemain 26, des petites vésicules herpétiques.

Le 27, plusieurs plaques apparaissent en avant et sur des lignes horizontales perpendiculaires à l'axe du corps et rencontrant en arrière les placards postérieurs.

On constate ensuite l'apparition successive de points zoniformes intermédiaires et localisés sur les mêmes lignes.

L'évolution de ce zona a duré jusqu'au 5 novembre.

Jamais il n'y a eu la moindre douleur.

Recouverts de poudre de talc et d'une couche épaisse de coton ces placards ont marché rapidement vers la dessiccation.

Il a persisté assez longtemps de traces de ce zona, non sous la forme de cicatrices mais sous la forme d'ecchymoses brônâtres sous-épidermiques.

L'enfant qui fait l'objet de cette observation mourut le 15 janvier 1900 et à l'autopsie on trouva des ganglions tuberculeux caséifiés au niveau du hile et quelques tubercules dans la rate.

OBSERVATION III (Due à l'obligeance de Monsieur le Docteur Comby).

C... Marcelle, âgée de 21 mois. Entre le 17 mars 1899, à la salle de Chaumont, lit n° 1, pour tuberculose,

Antécédents héréditaires. — Père mort à 30 ans de tuberculose pulmonaire. Mère bien portante. 2 frères, l'ainé 5 ans 1/2 tousse un peu tous les hivers, le second se porte bien.

Antécédents personnels. — Née à terme. nourrie au sein. Dès l'âge de 10 mois on lui donne des soupes et des purées de légumes et sous prétexte qu'elle refuse le lait, la mère se croit autorisée à lui donner comme boisson de l'eau rougie et des grogs.

Première dent à 10 mois.

A marché un peu à 14 mois puis s'est arrêtée. Rachitisme bien déterminé.

Début de la maladie actuelle : 3 semaines environ avant son entrée. L'enfant refuse toute nourriture, ne peut boire que de l'eau rougie.

Depuis 45 jours zona intercostal droit localisé aux 7^e et 8^e espaces intercostaux.

Pas de douleurs.

L'enfant maigrit beaucoup, tousse et a des sueurs nocturnes.

Là s'arrête l'observation, la mère ayant repris l'enfant.

OBSERVATION IV (Due à l'obligeance de Monsieur le
Docteur Comby).

B... Marie, âgée de 13 ans, entre le 17 février 1899, salle de Chaumont.

Sa Mère a 35 ans, se dit bien portante. A fait 5 fausses couches depuis 7 ans.

Son père est tuberculeux.

Cette enfant est née à terme. Nourrie au sein par sa mère jusqu'à 22 mois. A marché à 20 mois. Coqueluche à 2 ans. Scarlatine à 3 ans.

Depuis six semaines, elle a perdu l'appétit, elle se sent toujours fatiguée. A un peu de fièvre le soir. Elle tousse et crache beaucoup. Elle a de la diarrhée depuis 10 jours.

A son entrée on constate deux placards de tricophytie cutanée localisés au cou et un à l'angle du maxillaire gauche.

L'enfant présente de plus des foyers de zona éteints en voie de cicatrisation.

L'enfant s'était plaint de douleurs quelque temps avant son entrée. Ces douleurs ont été attribuées au zona.

Provins

OBSERVATION V (Due à l'obligeance de M. le docteur Comby).

Un garçon âgé de 12 ans se présente à la consultation le 2 août 1898. Il est grand, maigre, très nerveux. Il a des terreurs nocturnes. C'est un grand buveur.

Il y a huit jours, il a été pris de malaise avec perte d'appétit et fièvre.

Deux jours après le début de l'affection, il voit apparaître sur son épaule une groupe d'éléments herpétiques au nombre de trente environ.

De ce foyer semble irradier dans la direction du cou une traînée de petits groupes d'éléments herpétiques au nombre de 4 ou 5.

On voit un groupe aussi au niveau du grand pectoral. Absence complète de douleurs. Ni anesthésie, ni hyperesthésie.

Traitement. — Soupoudrer les parties malades avec :

Amidon..... à 10 gr.

Acide borique. —

Poudre de Talc —

Recouvrir le tout d'une épaisse couche de ouate.



Conclusions

Chez l'enfant comme chez l'adulte

1° Le zoster est une maladie générale infectieuse, cyclique, à détermination nerveuse circonscrite ;

2° Il doit toujours être différencié des éruptions zosté-riformes, qui sont un symptôme et non une maladie ;

3° On pourrait à travers les âges, faire 4 tableaux cliniques du zona : le 1^{er}, de 1 à 10 ans ; le 2^e, de 10 à l'âge adulte ; le 3^e pour l'âge adulte ; le 4^e pour le vieillard.

Ces tableaux seraient établis d'après les caractères de la douleur qui subit une sorte de gamme ascendante, dépendant de la perfection du système nerveux sensitif.

L'éruption est toujours la même, quel que soit l'âge. Le vieillard seul présente la variété hémorrhagique ;

4° D'après les idées de M. Gaucher (de Lyon), le zona pourrait être double chez les enfants ; mais il est toujours double incomplètement ;

5° Le zona confère l'immunité ;

6° Le zona est bénin chez l'enfant. Il ne tire sa gravité que du terrain sur lequel il évolue ;

7° Le zona peut très bien être dû à une lésion centrale du système nerveux, mais la cause déterminante de cette lésion est un agent infectieux toujours le même, lorsqu'il s'agit de zona véritable ;

8° La disposition des manifestations cutanées pourrait trouver une explication dans l'ontogénie (Méitamérie).

Vu :

Le Président de la Thèse,
M. DEBOVE.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Bibliographie

Hybord. — N° 232, thèse de Paris 1872. Zona ophtalmique.

Barthes. — Thèse de Paris, 1873. Du Zona.

Lomier. -- 1879. Thèse Paris. Etiologie du zona.

Planchais. — 1881. Thèse Paris. Contribution historique à l'étude du zona.

Debray. — 93. 94. Thèse Paris, Zona épidémique et infectieux.

Dongradi. — 95, 96. Topographie du zona.

Neumann. — Traité des maladies de la Peau (Edition française).

Moritz Kaposi. — Leçons sur les maladies de la peau traduites et annotées par E. Besnier et à Doyon (1881).

Fabre. — 1882. Monographie du zona.

A. Duhring. — Traité des maladies de la peau traduit et annoté sur la 2^e édition par Toussaint Barthelemy et Colson 1883.

Parrot. — Union Médicale. Considérations sur le zona, page 269, tome I.

W. Erb. - Notiz zur étiologie des herpes zoster (Neurologisches Centralblatt, 1^{er} décembre 1882).

Traité des Maladies de l'enfance de MM. Grancher, Marfan, Comby.

Charcot et Cotard. — Mémoires de la Société de biologie, 1866, page 41.

Brissaud. — Leçons cliniques. Bulletin Médical, 8 et 26 janvier 1896.

Hanot. — Archives générales de médecine, tome I, page 240.

Leroux. — Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales, art. zona, page 913, tome III, 5^e série.

Hertwig. — Développement de l'homme et des vertébrés, 3^e édition, 1891, page 534.

Leudet. — Zona. Archives de médecine, janvier 1887.

Barié. — Zona chez les tuberculeux. Gazette hebdomadaire. 1887, n^o 20.

Lemonnier. — Bulletin de la Société Française de dermatologie 1890, page 135.

Comby. — Zona, Union médicale, 1885.

— Revue des maladies de l'enfance, 1889.

— Société médicale des hôpitaux de Paris, 1891.

Bierbaum. — J. f. Kinderk. Erlang. 1860-62.

Lée. — On herpes zoster in children medic. press. et circ. London, 1868. XLVII, 656.

Bohn. — Jahrb. f. Kinderk. Leipsig, 1868-69, II, et article Maladie de peau, in Handbuch der Kinderk. von Gerhardt. Nachtrung, 1883.

Landouzy. — Semaine médicale, 20 septembre 1883.

Kaposi. — Bemerk zur ætiologie des zoster. Wien. med. Wochenchro. 1889.

Taylor. — Herpes zoster in children. Phila, polyclinic, 1896, III, 511.

Lesser. — Zur Pathogenese des herpes zoster. 4^e Congrès des dermatologistes allemands, 1895.

Féré. — Revue médic. 1802, no 9, page 395.

Dreyfous. — France médicale, n° 9, 1889.

Achard. — Société médicale des hôpitaux, 28 février et 10 avril 1896.

Barthelemy. — Société française de dermatologie et de syphiligraphie, 28 janvier 1892,

Tennesson. — Traité de dermatologie, 1893.

Coulon. — Observation de zona infantile. In méd. infantile. Juillet 1895.

Giraudeau. — Semaine médicale, 31 mars 1897.

Adenot. — Revue médicale 1891, page 613.

Loppé. — Congrès des sociétés savantes, section de médecine, avril 1897.

Paggi. — Stettin. dell. med. sperimentale, sept. 1896.

Millon. — Médecine infantile. 15 juillet 1895.

Behrend. — Berlin Klin. Wochenschr., 1887.

Leudet. — Zona et troubles des nerfs périphériques dans la tuberculose pulmonaire. Gazette hebdomadaire, 1878.

Descroizilles. — Traité des maladies de l'enfance, 853

Boulanger. — Zona infectieux, thèse de Paris, 1884-1885.

Grosjean. — Gazette des hôpitaux. Les diverses théories sur la nature et la pathogénie du zona, 5 et 12 février 1898.

